

## 第三者評価結果の公表事項

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 宮崎県社会福祉士会

### ②評価調査者研修修了番号

2016-17, 2016-24

### ③施設の情報

名称：特別養護老人ホーム 仁の里	種別：(高齢者施設) 特別養護老人ホーム	
代表者氏名： 総合施設長 池田 廉太郎	定員(利用人数) 27名	
所在地：宮崎県児湯郡木城町大字椎木 3950-1		
TEL：0983-32-2829	ホームページ： <a href="http://www.hp.fukushi-zenjinkai.jp/fukujin/jinmosato/">http://www.hp.fukushi-zenjinkai.jp/fukujin/jinmosato/</a>	
【施設の概要】		
開設年月日：平成24年7月1日		
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 善仁会		
職員数	常勤職員： 22名 非常勤職員： 8名	
有資格 職員数	介護福祉士 14名	
	看護師 2名	
	介護支援専門員 2名	
施設・設備 の概要	(居室数) 27	(設備等)

### ④理念・基本方針

#### 理念

「皆様(利用者)のために社会福祉法人は存在する」

#### 基本方針

- (1) 安定した経営を図り、社会貢献に努めます。
- (2) 利用者の健康と安全を守り、利用者本位のサービスに努めます。
- (3) 利用者の人権と人格を尊重します。

### ⑤施設の特徴的な取組

#### 【特徴】

- ①地域密着型特別養護老人ホーム(3ユニット型)として家庭的な雰囲気大切にしています。

#### 【取組】

- ①新規職員育成システムとしてエルダー制度を取入れています。
- ②ISO9001を取組み福祉サービス質の向上を図っています。

## ⑥第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年08月01日（契約日）～ 平成31年03月31日（評価結果確定日）
前回の受審時期（評価結果確定年度）	年度

## ⑦総評

### ◇特に評価の高い点

○理念・基本方針は明文化され、職員はもとより、利用者、ご家族にも周知、徹底されています。また、中期経営計画、単年度の事業計画、各種マニュアルに至るまで、その精神を踏まえたものとなっています。

○国際標準化機構のISO9001の認証を受け、労務管理の徹底、PDCAサイクルに沿った事業計画等、管理・運営・支援に至るまで検証のできる体制、また、内部監査等相互チェック体制が確立しています。

○愛生園と仁の里の二つの施設の総合施設長として、管理・運営において強いリーダーシップを発揮しています。

○地域密着型の施設として、地域の行政とも連携をとり、必要な会議を定期的に行うなど情報交換を密におこない、地域に密着した施設運営を行っています。

○基本的な面については、全てマニュアルが整い、業務の流れもスムーズです。また、職員の入れ替わりもなく、職場環境も評価できます。

○エルダー制度の導入で新人も先輩職員も共に成長しあえるところは評価できます。

○職員が笑顔で仕事をこなせないと、利用者の方も笑顔で過ごせませんと言いきるリーダーの姿に感動しました。

### ◇改善を求められる点

○事業計画の主な内容は利用者・家族に周知されていますが、その内容を更にわかりやすく、理解しやすい資料にするなどの工夫をすることをお勧めします。

○人事効果制度の概要に沿って、人事基準は確立していますが、更なる人事管理の充実を図る上で、職員の目標管理をより、具体的に設定するなど職員自らが将来の姿が描けるような人事考課制度の構築を期待します。

○実習生の受入れ状況がない状況です。今後については、各種専門学校にPR活動を行うなど、実習生受入れに関して積極的な取り組みを期待します。

## ⑧第三者評価結果に対する施設のコメント

当法人が取組んでいるISO9001や職員育成システムについて職員第三者機関より評価されたことは、大変うれしく思います。

また今回、第三者評価を受審し、評価項目を全職員で取組んだことで、施設での取組等を浸透させることができたことや、また出来ていない事柄も一緒に考える機会になり大変、有意義なものとなりました。

また、利用者、家族への事業計画の周知 人事考課制度の成熟 実習生受入の取組み等の課題については、改善策を考えさらなる福祉サービスの質の向上につなげて参りたいと思います。

## ⑨第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

評価結果表（高齢）

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		b
評価コメント	理念・基本方針については、きちんと整備され全職員に配布するなど周知が図られています。今後については、利用者や家族への周知について一応はなされているようですが、更に資料の工夫を行い分かりやすい説明をされることを望みます。	

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

2	I-2-(1)-①	評価
事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		a
評価コメント	社会福祉全体の動向については、職員会・経営会議等を通して施設長より話がなされ、パソコンのネットからも職員が自由に情報を得ることが出来る環境にあることは評価できます。また、コスト分析も法人会議で行っているようです。今後についても継続した取り組みを期待します。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		a
評価コメント	経営状況や改善すべき課題については、法人の開催する理事会・評議員会、定例の経営会議を通して、年間事業計画に基づき協議を行い確認していることは評価できます。今後についても継続した取り組みを期待します。	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

4	I-3-(1)-①	評価
中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		a
評価コメント	3年ごとの中期計画（経営計画）を立てており、それに基づいて年次計画を立てています。また各年度ごとに4段階に分けた数値目標を設定し、具体的な成果を検証していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

5	I-3-(1)-②	評価
中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		a
評価コメント	中・長期計画（3か年計画）に基づき単年度の事業計画を立て、その計画は実現可能なものとなっており。またその計画がPDCAサイクルに基づいたものであることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		a
評価コメント	事業計画の策定についてはPDCAのサイクルに基づいて前年度の反省を踏まえ、事業計画の見直しを行い、年度初めの職員会にて施設長より、計画の説明を行い、全職員に周知していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		非該当
評価コメント	事業計画の主な内容が利用者・家族に対して配布、説明を行っています。今後について計画の内容を分かりやすい内容に工夫するなど説明の工夫を行ってください。なお事業計画の掲示がなされていないようですので、掲示の方もよろしくをお願いします。	

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

8	I-4-(1)-①	評価
福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		a
評価コメント	福祉サービスの質の向上に向けた取り組みについては、年1回の自己評価、顧客満足度調査（利用者アンケート）を行い、またISO9001に基づいた法人の内部監査を実施していることは評価できます。今後も継続して福祉サービスの質の向上に努めることを望みます。	

9	I-4-(1)-②	評価
評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		a
評価コメント	自己評価・顧客満足度調査を通して改善策や改善計画を策定し、職員に周知していることは評価できます。今後も同様の取り組みを望みます。	

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	評価
管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		a
評価コメント	管理者の経営・管理に関する方針、取組については事業計画・業務分掌上に明記されており、その詳細は職員会議等を通して周知しています。また、有事の際の管理者の役割と責任についても、不在時の権限等も含めて、業務分掌上に明記されていることは評価できます。今後も同様の取り組みを期待します。	

11	II-1-(1)-②	評価
遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		a
評価コメント	管理者は毎月行われる法人の経営会議や外部の団体の施設長会議に積極的に参加し、情報収集に努めており、遵守すべき法令等の把握に努め、新聞の切り抜きをコピーし、全職員に情報の提供を行っていることは評価できます。今後も引き続きの取組を願います。	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	II-1-(2)-①	評価
福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。		a
評価コメント	当事業所はISO9001の認証を受けており、管理者は経営会議、企画会議等で課題点を把握、改善に努めており、トップマネジメントとして指導力を発揮していることは評価できます。今後も継続した取組を期待します。	

13	II-1-(2)-②	評価
経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。		a
評価コメント	管理者は会議の省力化や勤務体制の変更等、働きやすい環境づくりや、行政等とも連携をとり、稼働率の向上に努めており、情報を経営会議や企画会議を通して周知していることは評価できます。今後も継続した取組を期待します。	

## II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

14	II-2-(1)-①	評価
必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		a
評価コメント	必要な人材確保・定着等に関する取組については専門職加算、看取り加算を通して必要な人材確保を実施し、具体的な人材確保については、採用パンフレットの作成、ホームページ上の求人案内を行っています。今後も継続した取組を期待します。	

15	II-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		b
評価コメント	人事考課制度に沿って職員処遇の水準向上を念頭に置き、評価・分析を行い、処遇改善の必要性については、個々の職員へフィードバックを行っていることは評価できます。今後については、職員自らが将来の姿を描けるような仕組みを構築することを臨みます。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	II-2-(2)-①	評価
職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。		a
評価コメント	職員の時間外・年休消化率一覧表を作成し、職員の就業状況の把握をしており、また定期的に外部のカウンセラーを招き、職員の相談窓口を設けていること、ワークバランスを考えた行動計画を作成していることは評価できます。今後も同様の取組を臨みます。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	II-2-(3)-①	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		a
評価コメント	職員一人ひとりの育成に向けた取り組みについては、人事考課制度の中で「期待される人間像」を明記し、新規採用職員には研修ノート・チェックシートを活用して達成目標を明確にしています。また、人事考課制度の中でフィードバック面接を行い、達成目標を確認していることは評価できます。今後も同様の取り組みを期待します。	

18	II-2-(3)-②	評価
職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		a
評価コメント	新規採用職員の研修を年3回、階層別研修を年次ごとに行っています。また、法人の研修部会にて研修計画の評価・見直しを定期的に行っていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

19	II-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		a
評価コメント	教育・研修の機会については組織的に階層別研修、職種別研修を年次ごとに実施しており、外部研修の取り組みについても職員の希望を取り入れた研修を実施しています。また、施設内研修については職員全員が参加できるよう、複数回に分けて実施していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

20	II-2-(4)-①	評価
実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		非該当
評価コメント	実習生の受け入れについては体制は整っていますが、受け入れ実績がありませんので非該当とします。	

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

21	II-3-(1)-①	評価
運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		a
評価コメント	ホームページにて理念や基本方針を発信しており、運営推進会議（民生委員、行政参加）にて理念・基本方針・活動報告を説明、資料を配布しています。また3月に1度ユニット便りを発行し、情報の発信に努めていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

22	II-3-(1)-②	評価
公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		a
評価コメント	事務・経理等に関するルールは規程集の中で文書化されており、定期的に税理士の会計チェックも受けており、相談・助言をいただいています。また法人の内部監査も年1回実施していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

## II-4 地域との交流、地域貢献

### II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

23	II-4-(1)-①	評価
利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		a
評価コメント	地域との関わり方については事業計画の中に文書化されており、地域との交流については職員付き添いのもとで地域に外出を行ったり、町内で開催されるスポーツ大会やお祭りに参加したりして交流を深めていることは評価できます。今後も積極的な参加を期待します。	

24	II-4-(1)-②	評価
ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		非該当
評価コメント	ボランティア受け入れに関しては現在実績がなく非該当とします。	

### II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-①	評価
福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		b
評価コメント	関係機関との連携については役場が作成した医療・介護支援マップ、地域で作成された入退院支援ガイドマップを活用しています。また運営推進会議を2か月に1回開催しています。今後については、地域との共通な課題について具体的に検討していくことも必要かと思われます。	

### II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	II-4-(3)-①	評価
福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		b
評価コメント	町内で開催される文化祭への作品出展やお祭りなどの行事に参加しています。また、地域に向けての体操教室や介護相談を行っています。今後については、地域に向けた相談支援事業や、地域のためのサークル活動など地域に向けた活動を積極的展開していくことを臨みます。	

27	Ⅱ-4-(3)-②	評価
地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		a
評価コメント	宮崎県老人福祉サービス協議会ブロック会・木城町の主催する地域ケア会議への参加を通し、地域のニーズの把握に努めています。また、民生委員との定期的な連絡会も行っています。地域への取り組みとして、地域への清掃活動を積極的に参加していることは評価できます。今後については、地域での活動を事業計画に盛り込まれることを望みます。	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28	Ⅲ-1-(1)-①	評価
利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		a
評価コメント	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する倫理綱領や規程集が整備され、基本姿勢が個々の福祉サービスの実施方法に反映されています。また、個別サービス計画書（ケアプラン）を作成しており、定期的に見直しを行っています。基本的な人権の配慮について定期的な身体拘束に関する研修・虐待防止委員会を実施しています。全体として評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

29	Ⅲ-1-(1)-②	評価
利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		a
評価コメント	プライバシーが守れるハード面も整備され（全室個室）利用者プライバシー保護と虐待防止に関する規程・マニュアルも整備され、それに関する研修も定期的に行われています。不適切な事案が発生した対応方法もマニュアル化されています。全体として評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	Ⅲ-1-(2)-①	評価
利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		a
評価コメント	利用希望者に対しては、ご利用案内パンフレットを用いて個別に丁寧に説明をしています。また、見学者に対しても同様の対応をしています。一日利用の希望も受け入れています。今後も継続した取り組みを期待します。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		a
評価コメント	サービス内容の開始時・変更時には、施設サービス計画書にてご家族にサービス内容についてわかりやすい説明を行い、同意をいただいております。また、意志決定が困難な看取り状態になられたご利用者に対しては、マニュアルに沿って対応しています。全体として評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	



32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		b
評価コメント	福祉サービス事業所の変更や家庭への移行に際しては、サマリーや医師の紹介状を用いて、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めており、また、組織の中で相談できる体制を設置していることは評価できます。今後も継続した取り組みをお願いします。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		a
評価コメント	年1回の顧客満足度調査、2か月に1回の運営推進会議にて利用者・ご家族からの意見を伺い、また施設サービス計画書に基づくモニタリングにて利用者・ご家族の意見を拝聴し、出た意見に対しては、検討する場（企画会議）があることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	Ⅲ-1-(4)-①	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		a
評価コメント	苦情解決の仕組みについては、第三者委員の設置、ご意見箱の設置、苦情内容についても出た意見については、申出者の承諾を得た後、公表するなど利用者が意見を述べやすい体制が整っています。今後も継続した取り組みを期待します。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		a
評価コメント	行政、管轄関係機関等の相談窓口を重要事項説明書に明記して説明、交付し、施設内のわかりやすい場所に掲示してあります。玄関入り口事務所に生活相談員が待機しており、常に利用者等への言葉かけを行い、個室の相談室も整えてあります。施設内に意見箱も設置され、毎日確認作業をされています。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		a
評価コメント	対応マニュアルを整備し、年1回以上の更新作業をチームで行われています。顧客満足度調査を年1回実施され、意見箱等に寄せられた意見、日々の利用者との会話の中から出てくる意見も含めて、取り上げた内容への改善計画を立てるようにされています。	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	Ⅲ-1-(5)-①	評価
安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		a
評価コメント	事故発生防止対策マニュアルを整備し、職員に周知を図り、施設長をトップにした会議を月に1回、必要時は適宜開催して、ヒヤリハット報告書、事故報告書の確認、要因分析、改善策を検討され、再発防止に努めています。また、職員間に周知を図る工夫として、施設内のパソコンに掲示板を設置し閲覧できるようにされています。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		a
評価コメント	感染症予防対策マニュアルを整備し、看護師2名が臨床でのリーダーシップを取られており、協力医療機関との密な連携も図られています。年に2回の感染症に関する研修の他、新規採用、中途採用職員には別枠での研修も実施されています。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		a
評価コメント	災害時行動基準を設け、消防計画、防災マニュアルの整備をし、職員への周知を図っています。年2回の総合防災訓練では地域の消防署、住民の方にも協力を得て、職員は勤務体制を考慮しつつ、全員参加ができるように調整をされています。非常時災害時の給食マニュアルが整備され、定期的に更新されています。	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

40	Ⅲ-2-(1)-①	評価
提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		a
評価コメント	ケアマニュアルが整備され、職員全体が常に施設内研修等を通じて、実施内容を確認できるようにしています。介護職員については、エルダー制度を適用しているので、新人職員等への理解、習熟度を定期的に評価できる体制が作られています。また、法人全体で行われる研修でも理念等を含めた福祉サービスの提供についての理解を求められています。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		a
評価コメント	各ユニットのリーダーによる検討会議、関係職員への聴取、実施状況の評価を主任クラスの職員が行い、年に1回の更新をしています。文書は、各ユニットにも常備しており、見直しをした部分は赤字で示し、都度職員への周知を図るようにしています。	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	Ⅲ-2-(2)-①	評価
アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		a
評価コメント	介護支援専門員がケアプラン作成の標準的なプロセスを良く理解し、利用者、及び家族の意向に沿った自立支援に資する計画の策定に心がけています。また、計画策定についての手順が業務一覧に明記されており、関係職員がどの部分で関与すれば良いのか、わかりやすくなっています。	

43	Ⅲ-2-(2)-②	評価
定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		a
評価コメント	計画書の実施状況を施設内PCのシステムへそれぞれの職員が入力し、関係者が一覧することができるように整備されています。業務手順に沿って、各担当者が実施記録を行い、評価したものを介護支援専門員が専門的な見地から取りまとめ、サービス担当者会議、ケアカンファレンスにかけています。計画変更、更新の内容は申し送りやPC掲示板によって随時関係者が確認できるようにされています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44	Ⅲ-2-(3)-①	評価
利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		a
評価コメント	PCシステムを利用し、毎日の利用者の身体状況、生活状況を記録し、常に関係職員が必要な情報を共有し閲覧できるようにされています。毎月、支援経過としてプリントアウトもされています。申し送り、引継ぎ、ケアカンファレンス、サービス担当者会議等で共有し検討できる資料とするため、記録の内容、書き方については、介護支援専門員、介護リーダーが中心になって指導をしています。	

45	Ⅲ-2-(3)-②	評価
利用者に関する記録の管理体制が確立している。		a
評価コメント	個人情報取り扱い規定が定められており、入所時には、個人情報使用に係る同意を頂き理解を得ています。文書、記録の管理手順、責任者がマニュアルに明示されており、職員全体には、年に1回の研修も行われています。	

#### A-1 生活支援の基本と権利擁護

##### A-1-(1) 生活支援の基本

46	A-1-(1)-①	評価
利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		a
評価コメント	利用者それぞれの日課表に沿ったスケジュールに対応できるように、介護の手順（段取り）を組むようにしています。食事の時間についても配膳と下膳の時間枠を2時間設けて、利用者のペースに応じた食事時間を提供しています。	

47	A-1-(1)-①	評価
利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。		b
評価コメント	利用者各々のこれまでの生活を尊重して、日々の支援に活かされています。地域密着型の特性上、身内（親族）からの支援、協力体制があり、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用実績がないですが、今後は、権利擁護の視点でも考えていかれることを期待します。	

48	A-1-(1)-①	評価
利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。		b
評価コメント	日々の相談、支援において、利用者の心身の状況に応じた暮らしの意向を把握・理解し、それぞれに応じた生活の支援に取り組まれています。施設外への地域に向けた自立支援や社会参加への支援について、不十分さを感じておられるようなので、今後の業務の展開に期待をします。	

49	A-1-(1)-②	評価
利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		b
評価コメント	利用者に応じたコミュニケーションを行う努力、工夫をされており、ケアカンファレンス等でも具体的な言葉使いについて検証されています。職員の詰所には、言葉かけの標語を貼るなど啓発にも心がけておられます。今後はバリエーションなどのコミュニケーションツールを学ぶことで、施設全体のコミュニケーション力の向上を考えておられるので期待が持てます。	

50	A-1-(2)	評価
権利擁護		a
評価コメント	虐待防止委員会が設置され、マニュアルの整備もされています。記録の整備、保管もされており、過去の権利擁護に関する委員会の記録、対応策、その後の評価などを確認できます。利用者等には、日常的に声掛けを行い、権利侵害の防止と早期発見に努めておられます。	

51	A-1-(2)-①	評価
利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		a
評価コメント	虐待防止委員会が設置されており3ヶ月に1回、及び必要時に、責任者（施設長）のもとに権利擁護、虐待等の防止、発生時の迅速な対応に取り組まれています。身体拘束は行われていません。ケアに際してのチェックリストも用意されており、職員個々も厳重に対処されています。	

## A-2 環境の整備

### A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

52	A-2-(1)-①	評価
福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		a
評価コメント	各ユニットの空間にゆとりがあり、採光を考えた作りになっています。ユニットごとに雰囲気を考えて内装を工夫されています。利用者それぞれの個性に応じた居室を作る姿勢が伺えます。施設内の交流の場として、職員と家族の協力を得て、不定期でカフェを設営する取り組みもされており、利用者の方にも好評です。	

## A-3 生活支援

### A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

53	A-3-(1)-①	評価
入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		b
評価コメント	利用者の身体状況に応じた安心安全な入浴支援を提供されています。今後は、個浴や認知症ケア（精神状況）にも配慮した設備、環境整備を期待します。	

54	A-3-(1)-②	評価
排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	身体状況に配慮して支援がなされています。看護師との情報共有、申し送りなど、医療との連携も図れています。また、個室での排泄介助時、利用者の尊厳に配慮した声掛け、手順が順守徹底されています。	

55	A-3-(1)-③	評価
移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	介助を要する場合は、個々の福祉サービス計画書に沿って安全に配慮して支援がされています。自立支援のため、リハビリ専門職の指導も仰いでいます。車いすなどの福祉用具はすべて施設側で用意がされています。	

A-3-(2) 食生活

56	A-3-(2)-①	評価
食事をおいしく食べられるよう工夫している。		b
評価コメント	適温適時に配慮をされて、落ち着いて食事が楽しめる場所（食堂）作りもされています。個々のリクエスト（形態、量、味付け、材料）にも対応できるように栄養士がアセスメントや残菜調査などにも取り組まれていて、栄養ケアマネジメントもできているようなので、管理栄養士の配置による体制整備が望まれます。	

57	A-3-(2)-②	評価
食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	職員が利用者の食の好みを把握し、食事提供時に介助、見守り、声かけをされています。利用者から、「ここのご飯は美味しい。食事が楽しみ。自分に合っている。」などの声が聞かれ、評価できます。	

58	A-3-(2)-③	評価
利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		b
評価コメント	誤嚥性肺炎の予防にもつながるという認識のもと、協力を得られる歯科医との連携が図れるようになり、口腔ケアの取り組みが充実してきています。今後は、担当歯科医からのレポートを頂き、個々の利用者の口腔ケア計画を作成する予定とのことで、期待ができます。	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

59	A-3-(3)-①	評価
褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		非該当
評価コメント	褥創予防対策マニュアルが整備され、日常的に予防への取り組みが適切に行われているため、年間を通じて褥創の発生はないようです。	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

60	A-3-(4)-①	評価
介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		a
評価コメント	現在、常時喀痰吸引を要する利用者は不在だが、職員の研修については積極的に取り組む体制になっていて、毎年3人～5人は研修受講終了として登録できています。	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

61	A-3-(5)-①	評価
利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		a
評価コメント	複合施設のため、障害者自立支援施設に席を置く理学療法士、作業療法士にアドバイスをもらい、個別のニーズ、本人の意向に沿ったケアプランの中で介護サービスとして実施されています。	

A-3-(6) 認知症ケア

62	A-3-(6)-①	評価
認知症の状態に配慮したケアを行っている。		a
評価コメント	職員には、認知症ケア専門士、キャラバンメイト、サポーターなどの認知症ケアに関わる資格や研修等に積極的に出向いてもらい、日常のケア場面で活かせるようにしてもらっています。	

A-3-(7) 急変時の対応

63	A-3-(7)-①	評価
利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。		b
評価コメント	法人母体が医療機関でもあることから、専門職の配置が充実しています。緊急時のフローも周知されていて、体制は整備されています。一般の介護職への健康管理、病気、薬の知識についての研修機会を増やしていきたいと考えておられます。	

A-3-(8) 終末期の対応

64	A-3-(8)-①	評価
利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		a
評価コメント	家族等と主治医、生活相談員、看護師、介護支援専門員などで、十分な話し合いを行い連携を図ることが前提になっています。個々の事例に応じた対応がとれる体制整備、マニュアルがあります。	

#### A-4 家族等との連携

##### A-4-(1) 家族等との連携

65	A-4-(1)-①	評価
利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		a
評価コメント	家族等と主治医、生活相談員、看護師、介護支援専門員などで、十分な話し合いを行い、連携を図ることが前提になっています。個々の事例に応じた対応がとれる体制整備、マニュアルがあります。	

#### A-5 サービス提供体制

##### A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

66	A-5-(1)-①	評価
安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。		非該当
評価コメント	特養は評価外で非該当	